

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1930-1931

N°

442

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

PIERRE THEVENARD

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

né le 11 Septembre 1901, à PARIS

Travail du Service de M. le Professeur agrégé HEITZ-BOYER

LES
BLENNORRAGIES PROLONGÉES
DE
L'URÈTRE ANTÉRIEUR

Président : M. GOUGEROT. Professeur

Éditions de
La Pathologie Comparée
7, Rue Gustave-Nadaud
PARIS (16^e)

1931

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1930-1931

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

PIERRE THEVENARD

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

né le 11 Septembre 1901, à PARIS

Travail du Service de M. le Professeur agrégé HEITZ-BOYER

LES
BLENNORRAGIES PROLONGÉES
DE
L'URÈTRE ANTÉRIEUR

Président : M. GOUGEROT. Professeur

Éditions de
La Pathologie Comparée
7, Rue Gustave-Nadaud
PARIS (16°)

1931

LE DOYEN. . . M. BALTHAZARD.
I. — PROFESSEURS

	MM.
<i>Anatomie</i>	ROUVIERE.
<i>Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.</i>	GREGOIRE.
<i>Physiologie</i>	BINET.
<i>Physique médicale</i>	STROHL.
<i>Chimie médicale</i>	DESGREZ.
<i>Bactériologie</i>	LEMIERRE.
<i>Parasitologie et histoire naturelle médicale</i>	BRUMPT.
<i>Pathologie et thérapeutique générales</i>	BAUDOUIN.
<i>Pathologie médicale</i>	CLERC.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	LENORMANT.
<i>Anatomie pathologique</i>	ROUSSY.
<i>Histologie</i>	CHAMPY.
<i>Pharmacologie et matière médicale</i>	TIFFENEAU.
<i>Thérapeutique</i>	LOEPER.
<i>Hygiène et médecine préventive</i>	TANON.
<i>Médecine légale</i>	BALTHAZARD.
<i>Histoire de la médecine et de la chirurgie</i>	MENETRIER.
<i>Pathologie expérimentale et comparée</i>	RATHERY.
<i>Hydrologie thérapeutique et climatologie</i>	Maurice VILLARET.
<i>Clinique médicale</i>	CARNOT.
	BESANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
<i>Hygiène et clinique de la première enfance</i>	LEREBOULLET.
<i>Clinique des maladies des enfants</i>	NOBECOURT.
<i>Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale</i>	H. CLAUDE.
<i>Clinique des maladies cutanées et syphilitiques</i>	GOUGEROT.
<i>Clinique des maladies du système nerveux</i>	GUILLAIN.
<i>Clinique des maladies infectieuses</i>	TEISSIER.
<i>Clinique chirurgicale</i>	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
<i>Clinique ophtalmologique</i>	TERRIEN.
<i>Clinique urologique</i>	LEGUEU.
<i>Clinique d'accouchements</i>	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
<i>Clinique gynécologique</i>	J.-L. FAURE.
<i>Clinique chirurgicale infantile et orthopédie</i>	OMBREDANNE.
<i>Clinique thérapeutique médicale</i>	VAQUEZ.
<i>Clinique oto-rhino-laryngologique</i>	SEBILEAU.
<i>Clinique thérapeutique chirurgicale</i>	Pierre DUVAL.
<i>Clinique propédeutique</i>	SERGENT.
<i>Clinique de la tuberculose</i>	Léon BERNARD.
<i>Professeur sans chaire</i>	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. *Neurologie et Psychiâ-*
trie.

CHAILLEY-

BERT..... *Physiologie.*

BENARD (H.).. *Pathologie médicale.*

AUBERTIN.... *Pathologie médicale.*

SANNIE..... *Chimie biologique.*

BROCQ..... *Pathologie chirurgicale.*

BRULE..... *Pathologie médicale.*

CADENAT..... *Pathologie chirurgicale.*

CATHALA..... *Pathologie médicale.*

CHABROL..... *Pathologie médicale.*

CHEVALLIER.. *Pathologie médicale.*

DE GAUDART

D'ALLAINES. *Pathologie chirurgicale.*

DOGNON *Physique.*

DONZELOT ... *Pathologie médicale.*

ECALLE *Obstétrique.*

FEY *Urologie.*

GARNIER *Pathologie expérimentale.*

GASTINEL *Bactériologie.*

GATELLIER ... *Pathologie chirurgicale.*

GIROUD *Histologie.*

HARVIER *Pathologie médicale.*

HOVELACQUE.. *Anatomie.*

HUTINEL *Pathologie médicale.*

JOYEUX *Parasitologie.*

MM.

LABBE (Henri) *Chimie biologique.*

LAROCHE (G.). *Pathologie médicale.*

LEMAITRE *Oto-rhino-laryngologie.*

HUGUENIN ... *Anatomie pathologique.*

LEVEUF *Pathologie chirurgicale.*

LEVY-VALENSI *Neuro-psychiâtrie.*

LIAN *Pathologie médicale.*

HAZARD *Pharmacologie.*

MILLOT *Histologie.*

MONDOR *Pathologie chirurgicale.*

MOREAU *Pathologie médicale.*

MOULONGUET. *Pathologie chirurgicale.*

MOURE *Pathologie chirurgicale.*

MULON *Histologie.*

OBERLING *Anatomie pathologique*

OLIVIER *Anatomie.*

PIEDELIEVRE.. *Médecine légale.*

PORTES *Obstétrique.*

QUENU *Pathologie chirurgicale.*

RICHET *Physiologie.*

SEZARY *Dermatologie et syphi-*
lographie.

VALLERY-RADOT
(Pasteur).... *Pathologie médicale.*

VAUDESCAL... *Obstétrique.*

VELTER *Ophthalmologie.*

VERNE *Histologie.*

VIGNES *Obstétrique.*

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET *Pharmacologie.*

GUENIOT *Obstétrique.*

LEQUEUX *Obstétrique.*

LEROUX *Anatomie pathologique.*

MM.

NEVEU-

LEMAIRE.... *Parasitologie.*

RETTERRER... *Histologie.*

ZIMMERN *Physique.*

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
CHIRAY		CHEVASSU	
DEBRE		HEITZ-BOYER	
DUVOIR		MATHIEU	
FIESSINGER		MOCQUOT	
LAIGNEL		PROUST	
LAVASTINE		SCHWARTZ	
	MM.	LE LORIER.....	
	LEVY-SOLAL	} Clinique obstétricale.	
	METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé....	
LEDOUX-LEBARD	
WEIL-HALLE	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRESIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT,

Professeur de Clinique des Maladies cutanées
et syphilitiques.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui me fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse, j'adresse mes vifs remer-
ciements pour son accueil plein
de bienveillance.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR HEITZ-BOYER,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

Officier de la Légion d'Honneur.

Animateur débordant d'activité et qui sait cependant laisser à ses collaborateurs leur individualité propre, il sait les sentiments de respectueuse affection que j'ai pour lui et que ces derniers mois d'un travail quasi quotidien à ses côtés n'ont fait qu'accroître; il voudra bien trouver ici un nouveau témoignage de ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR EMILE SERGENT,

Professeur de Clinique propédeutique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de la Charité.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Membre de l'Académie de Médecine.

M. LE PROFESSEUR F. LEJARS,

Professeur de Clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine.

Officier de la Légion d'Honneur.

Membre de l'Académie de Médecine.

M. LE PROFESSEUR A. LEMIERRE,

Professeur de Bactériologie

à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de l'Hôpital Andral.

Officier de la Légion d'Honneur.

*J'ai appris dans son service le meilleur de
ce que je sais en Médecine, et j'y ai acquis
une solide discipline de travail; il voudra
bien trouver ici l'expression de ma recon-
naissance.*

A M. LE PROFESSEUR H. ROUVIERE,

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a accueilli dans son laboratoire et
prodigué ses conseils avec une inlassable
bienveillance. Nous le prions de trouver
ici l'assurance de notre respectueux
dévouement et de notre affectueuse
reconnaissance.*

M. LE DOCTEUR HALLOPEAU
(in memoriam)

M. LE DOCTEUR JULES RENAULT,
Médecin Honoraire des Hôpitaux.
Commandeur de la Légion d'Honneur.
Membre de l'Académie de Médecine.

*Qui a été pour nous un maître plein
d'affection; qu'il veuille bien trou-
ver ici l'expression de ma gratitude
profonde.*

M. LE DOCTEUR MILIAN,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
Officier de la Légion d'Honneur.

M. LE DOCTEUR MOURE,
Chirurgien de la Maison Dubois.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A M. LE DOCTEUR FÉLIX MARSAN,

Ancien Chef de Clinique
à la Faculté de Médecine de Paris.
Assitant d'Urologie à l'Hôpital Saint-Louis.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*En témoignage de mes très respectueux
sentiments.*

A M. LE DOCTEUR J. TISSOT,

Assistant d'Urologie à l'Hôpital Saint-Louis.

*Qui veut bien m'honorer de son amitié.
Je ne saurais lui être trop reconnais-
sant de la bienveillance qu'il m'a
témoignée dès le début et de la liberté
si grande qu'il m'a laissée dans son
service.*

A M. LE DOCTEUR M. CHAIGNON,

Assistant-adjoint d'Urologie à l'Hôpital Saint-Louis.

*Avec qui je partage les bons souvenirs
des débuts du service.*

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS

AUVIGNE,
ET. BERNARD et J. CATHALA,
Médecins des Hôpitaux.

J. J. GOURNAY,
GUEULETTE,
Chirurgien des Hôpitaux.

M. LEON-KINDBERG,
Médecin des Hôpitaux.

LAFOURCADE, LAPORTE, OURY, PLICHET,

PIEDELIEVRE,
Agrégré à la Faculté de Médecine.

SENEQUE,
Chirurgien des Hôpitaux.

Les

BLENNORRAGIES PROLONGÉES

de l'Urètre Antérieur

PREAMBULE

Ce travail continue la série des recherches entreprises dans le service créé par M. Mourier et le Conseil municipal de Paris à l'Hôpital Saint-Louis pour étudier spécialement et combattre la maladie blennorragique. Cette lutte a été déjà étudiée dans ses résultats généraux par la Thèse de Cousin et dans⁽¹⁾ quelques résultats particuliers par diverses publications issues de ce service ; elle est exposée dans une série de conférences répétées au cours de l'année ; et, récemment, nos moyens d'action contre cette maladie blennorragique dans ses séquelles si dangereuses au point de vue social ont été renforcés grâce aux moyens nouveaux, à la fois diagnostiques et thérapeutiques, que constituent l'Urétrocystoscopie associée à la Haute-Fréquence et la Radiographie (Urétrographie).

Aujourd'hui, nous apportons notre contribution à ces efforts thérapeutiques en décrivant les différentes variétés de blennorragie prolongée de l'urètre antérieur que nous avons rencontrées, et leurs modes de traitement.

- Dr. J. TISSOT. — L'acridine dans les cystites blennorragiques.
(*Journal de Médecine de Paris.*)
— — Chimiothérapie intraveineuse de la Blennorragie. (*Bulletin Mensuel de la Société de Médecine de Paris.*)
— — Traitement des abcès urétraux d'origine blennorragique par l'incision externe. (*Journal d'Urologie.*)
— — et P. THÉVENARD. — Le traitement abortif de la Blennorragie en milieu hospitalier.

GENERALITES

On englobe souvent sous le terme large de blennorragie chronique toute persistance d'un écoulement consécutif à une urétrite gonococcique, quelles que soient d'ailleurs l'abondance, la nature bactériologique et les circonstances étiologiques souvent complexes d'un tel écoulement.

Cependant, il est évident que, tant du point de vue clinique et thérapeutique, que pronostic et social, il importe de faire une différence considérable entre ces différentes variétés de « blennorragies qui durent », suivant que l'urétrite résiduelle demeure gonococcique ou a cessé de l'être.

C'est à l'étude et au traitement des seules premières que nous nous sommes attachés ces quatre dernières années de notre séjour dans le service de notre Maître, le Professeur agrégé Heitz-Boyer, à l'Hôpital Saint-Louis ; et c'est à elles seules que nous réservons l'appellation de blennorragies prolongées.

Avant d'aller plus loin, il apparaît donc nécessaire de donner de notre sujet une définition, un peu arbitraire peut-être, comme le sont bien souvent les définitions médicales, mais qui répond en tout cas à une réalité clinique ; et nous délimiterons le cadre des blennorragies prolongées en ne considérant comme telles que les urétrites gonococciques qui, correctement et régulièrement soignées, ne sont pas guéries dans les délais moyens habi-

tuels au mode de traitement employé, mais tendent au contraire à se stabiliser en un écoulement dont la caractéristique essentielle est qu'on peut toujours y retrouver le gonocoque.

La description des types cliniques les plus fréquemment rencontrés de cette blennorragie prolongée ; les moyens d'exploration propres à en dépister les causes ; enfin, les procédés thérapeutiques qui nous ont paru les meilleurs à l'usage pour amener la guérison de celles de ces blennorragies prolongées qui se révèlent d'origine urétrale antérieure, tels seront les points principaux de cette étude.

Sans doute, bien des faits que nous apportons ici sont connus et bien des notions acquises déjà ; mais, le plus souvent éparses dans divers articles de traités, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de les grouper ensemble et de les ordonner suivant l'importance qu'elles nous ont paru avoir dans la pratique ; en y joignant nos propres observations, et l'exposé de quelques détails de technique dont nous avons pu tirer un réel bénéfice, peut-être pouvons-nous espérer avoir fait œuvre utile en jetant un peu plus de clarté sur une très petite partie de cette question encore si « floue » souvent de la blennorragie ; c'est la raison qui nous a engagé à entreprendre ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Les aspects cliniques de la Blennorrhagie prolongée.

Ayant défini plus haut ce que nous entendions par blennorrhagie prolongée, il est utile de préciser dès l'abord que s'en trouvent tout naturellement éliminées les blennorrhagies qui ne dépassent la durée moyenne habituelle, malgré un traitement bien conduit, qu'en raison d'une complication aiguë intercurrente telle qu'une épididymite, une prostatite aiguë, des phénomènes de cystite, associés à cette prostatite ou isolés en apparence, une poussée rhumatismale même, enfin. Ces diverses complications, si elles allongent la maladie, n'entravent en général pas son évolution favorable ; lorsqu'elles ont été réduites, l'affection reprend son cours ordinaire et l'on en suit les signes d'amélioration progressive jusqu'à la guérison, qui ne se trouve ainsi que retardée d'un certain nombre de jours.

Tout autre est l'aspect des blennorrhagies prolongées véritables, dont nous avons pu suivre un assez grand nombre de cas à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis, dirigée par le Docteur Tissot, et où le traitement de base normalement appliqué aux malades est celui des grands lavages au permanganate, suivant la méthode de Janet ; c'est ce traitement qui, de l'avis du plus grand nombre, reste le procédé de guérison le plus sûr, et auquel on voit bien souvent encore revenir plus d'un urologue qu'ont désillusionné ses expériences d'autres modes thérapeutiques.

La forme sans doute la plus fréquemment rencontrée de blennorrhagie prolongée est la suivante : il s'agit d'un sujet dont l'affection semble évoluer favorablement sous l'influence du traitement ; l'écoulement diminue progressivement pour n'exister plus, minime et clair, que le matin, — voire même, disparaît complètement ; les deux verres d'urine sont très clairs, tout paraît bien aller et, au bout de cinq à six semaines, on cesse le traitement.

Aussitôt, dès le premier jour sans lavage quelquefois, au second ou troisième jour souvent, l'écoulement reprend, purulent franc, avec gonocoques intra et extra cellulaires nombreux, disséminés dans tout le champ microscopique : on pourrait, si l'on n'était prévenu, croire à une lame de blennorrhagie aiguë au troisième ou quatrième jour, non encore traitée.

Pense-t-on avoir manqué de peu la guérison définitive en interrompant un peu trop tôt les lavages, on voit dès qu'on les reprend cet écoulement s'amender et disparaître même très vite en général, malgré son abondance parfois grande ; en moins d'une semaine souvent, tout est rentré dans l'ordre : le méat est sec, les urines sont de nouveau claires. On prolonge le traitement encore pour assurer ce que l'on espère être un résultat définitif ; puis l'on cesse à nouveau. Et, comme la première fois, l'écoulement reparait immédiatement aussi abondant, et parfois plus abondant encore, troublant le premier verre ou même les deux.

Une telle expérience est, bien entendu, plus que suffisante pour que l'on s'efforce immédiatement de déterminer à laquelle des causes possibles de prolongation de la blennorrhagie on a affaire ; l'on peut être certain que le traitement habituel, même longtemps continué, n'obtiendra plus rien ; nous avons eu ainsi entre les mains

les observations de malades chez qui le traitement avait été poursuivi pendant des mois avec un résultat constamment identique : tant que durent les lavages, l'état est parfait, la guérison apparente ; dès que l'on cesse, l'écoulement reparait comme au premier jour.

Ceci résume bien l'allure clinique très simple des cas les plus communs de blennorrhagie prolongée.

En veut-on des variantes ? On les imaginerait aisément.

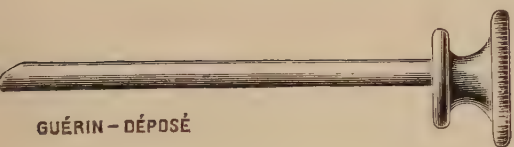
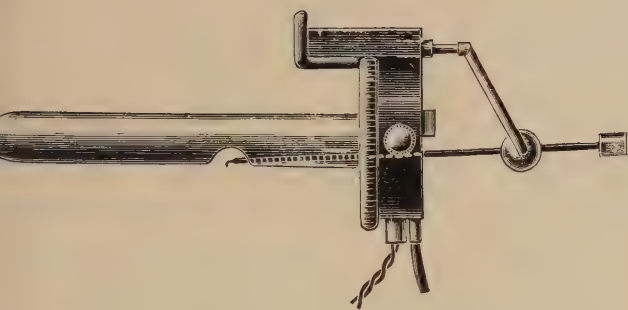
Parfois c'est, en fin de traitement, l'illusion encore plus complète d'avoir touché à la guérison : l'écoulement ne reparait qu'au troisième, quatrième, voire sixième jour sans lavages — plus rarement même, c'est l'épreuve de la bière seule qui en déclenchera la réapparition.

D'autres fois — et c'est là une forme assez intéressante — on voit d'abord, sous l'influence du traitement, la blennorrhagie s'améliorer comme à l'ordinaire ; puis, il vient un moment où elle semble se fixer ; on n'obtient plus aucun progrès : sans doute, l'écoulement est minime, d'aspect mucoïde, et n'existe que le matin ; sans doute, les deux verres sont clairs ; mais, de ces verres, le second seul est à la vérité limpide et le premier, par comparaison, se montre d'une très légère opalescence, due en particulier à la présence d'assez nombreux petits filaments fins et courts disséminés ; surtout, l'examen microscopique de cette goutte matinale, toute discrète qu'elle est, permet d'y déceler le gonocoque. Dans certains cas, on le découvre facilement au premier examen ; bien plus souvent peut-être la lame se présente sous l'aspect suivant : un fond anhyste de mucus, quelques cellules épithéliales et surtout : une polynucléose de moyenne importance. Une telle polynucléose contrastant avec l'absence pratiquement complète de la flore microbienne banale, qui pourrait

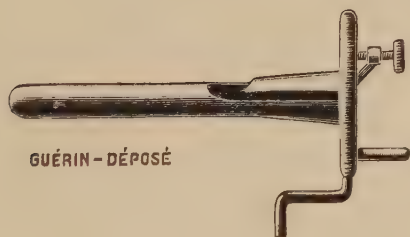
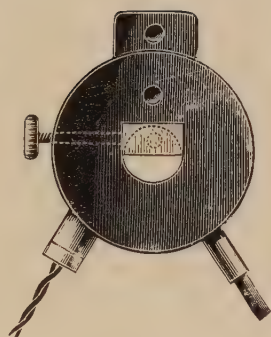
seule fournir de cette formule histologique et du suintement matinal lui-même une explication satisfaisante, est déjà grandement suspecte.

Si l'on trouve, disséminés en divers points de la préparation, quelques diplocoques extra-cellulaires, généralement isolés, rares, se colorant irrégulièrement par la méthode de Gram, de morphologie volontiers atypique, il faut évidemment se méfier plus encore ; il ne faudrait pas considérer ces germes comme saprophytes ni attribuer à une toujours possible réaction irritative simple, d'origine thérapeutique, ce reliquat d'urétrite et ces cellules épithéliales qui parsèment la préparation ; s'il y a le moindre doute, mieux vaut interrompre un traitement qui ne peut être qu'inefficace, faire si nécessaire l'épreuve de la bière : ainsi, l'on sera rapidement et définitivement fixé sur la présence de gonocoques qui reprennent alors leur morphologie, leurs réactions tinctoriales et leur mode de groupement habituels.

Enfin, en poussant à l'extrême les deux formes précédentes, on réalisera le tableau de deux nouvelles variétés cliniques qui, pour être bien plus rares, se rencontrent cependant : dans le premier cas, c'est une blennorragie qui paraissait bien guérie depuis dix ou quinze jours, n'avait pas reparu même après la bière, et qui reprend après une épreuve de nitrate, un rapport sexuel surtout, parfois sans cause absolument nette. On conçoit quelles difficultés on peut alors rencontrer souvent pour distinguer cette rechute d'une réinfection ; — dans le second cas, au contraire, c'est une blennorragie qui semble résister au traitement et se traduit par un écoulement net, purulent, avec gonocoques faciles à y déceler en permanence.



GUÉRIN - DÉPOSÉ



GUÉRIN - DÉPOSÉ

CHAPITRE II

Diagnostic étiologique de la Blennorrhagie prolongée et son Traitement.

La blennorrhagie prolongée une fois reconnue, la difficulté commence lorsqu'il s'agit d'en découvrir la cause, et ce n'est en général que grâce à un examen méthodique et complet qu'on y parviendra.

Le premier temps d'un tel examen sera une « révision » aussi complète que possible du canal urétral et de ses annexes, urètre antérieur d'abord, puis urètre postérieur ; l'origine antérieure de la blennorrhagie prolongée a paru suffisamment fréquente pour justifier l'étude actuelle et, dans un très grand nombre des cas, c'est une lésion locale, un petit foyer gonococcique, source permanente de réensemencement urétral que l'on trouvera à l'origine de la prolongation de la blennorrhagie. D'une façon particulièrement fréquente, ce foyer de l'urètre antérieur se présente sous forme d'un petit diverticule et surtout d'une littrite : nous allons y insister longuement.

Lésions du Méat.

Auparavant, rappelons, en ce qui concerne les diverticules, la nécessité d'examiner attentivement la région du méat : on y découvre parfois l'orifice externe punctiforme d'un petit trajet, cause de tout le mal, et qu'il faut, suivant sa longueur, sa disposition anatomique, trai-

ter soit par des instillations antiseptiques quotidiennement répétées en même temps que les lavages au permanganate, soit par débridement et mise à plat à la pointe fine du galvano-cautère. Ces trajets para-méatiques sont particulièrement communs chez les hypospades, et souvent multiples ; chez les sujets dont le méat est normal, ils ne s'imposent pas bien souvent ; le malade lui-même n'a rien remarqué ; il faut, pour en faire le diagnostic, y penser, et les rechercher systématiquement ; on s'aidera, pour en découvrir l'orifice externe souvent minuscule, d'une pression qui fera sourdre une gouttelette de pus ou de sérosité très ténue ; ou encore, c'est par une application d'Argyrol qui le ponctuera d'une tache plus sombre que sera révélé l'orifice externe de ce petit trajet. Janet a tout particulièrement insisté sur ces causes « méatiques » de la blennorragie prolongée, en a dans son livre décrit toutes les variétés, indiqué le traitement et a fait construire pour assurer la désinfection commode des trajets les petites aiguilles spéciales qui portent son nom.

Littrites.

Et nous en arrivons aux littrites, dont l'importance dans la blennorragie prolongée est si grande.

Cliniquement, et de façon un peu schématique, on les peut ranger en trois formes différentes : soit de l'abcès de la glande de Littre ; soit de la littrite suppurée de petit volume, unique en règle générale, et évoluant à bas bruit ; soit enfin de littrites multiples disséminées le long de l'urètre antérieur, variables quant à leur volume et à leur stade inflammatoire.

De l'abcès de la glande de Littre, il y a peu à dire ;

le diagnostic est facile : tuméfaction rouge, chaude et douloureuse qui soulève l'urètre à sa partie inférieure ; le traitement est l'incision externe, comme pour un quelconque abcès banal, ainsi qu'y a insisté le docteur Tissot ; les suites en sont simples et sans fistule urinaire consécutive. Cette forme d'abcès franc n'est d'ailleurs que bien rarement une cause de blennorragie prolongée ; par contre, et surtout dans le cas plus souvent rencontré d'abcès à évolution externe situés de part et d'autre du frein dans le sillon balano-préputial, ces abcès, lorsqu'ils s'ouvrent spontanément, sont fréquemment à l'origine de trajets fistuleux, irréguliers et d'une désinfection difficile : ils deviennent alors une cause effective de prolongation de la blennorragie.

Nous arrivons maintenant à la forme subaiguë à évolution silencieuse, qui retiendra toute notre attention.

Aucun signe fonctionnel n'en vient trahir l'existence ; c'est à peine si les malades signalent parfois une légère douleur à la pression en un point de l'urètre, douleur à laquelle on ne peut d'ailleurs accorder aucune valeur diagnostique, bien entendu.

Mais ce sont ces cas qui réalisent au mieux la symptomatologie caractéristique de la blennorragie prolongée : guérison apparente tant que durent les lavages ; reprise de l'écoulement dès qu'on les a cessés ; retour à l'état antérieur dès les tous premiers jours de la reprise des soins.

Ce syndrome commande donc de rechercher systématiquement et avant tout une littrite éventuelle : il suffit d'introduire dans l'urètre, après le lavage quotidien, un béniqué droit du calibre le plus élevé qu'il sera possible de faire admettre sans traumatisme, et de palper sur ce plan résistant, avec le plus grand soin, toute la longueur de

la face intérieure du canal. La littrite est alors perçue comme un grain de plomb qui roule sous le doigt ; elle est légèrement douloureuse quelquefois. Généralement unique dans cette forme, on peut cependant trouver plusieurs littrites ; quelquefois on en pourra sentir deux, sises à courte distance l'une de l'autre.

Leur volume est variable et leur perception ne peut prêter à confusion que si elles sont très petites ; alors, il faut éviter de les confondre avec des irrégularités et légers replis de la muqueuse urétrale : c'est affaire de palpation précise et d'habitude.

Quant au siège : théoriquement il est quelconque ; mais on rencontre ces littrites en deux points d'élection : soit de trois à six centimètres en arrière du méat, soit tout à fait en avant, au voisinage immédiat du frein, à la partie inférieure du sillon balano-préputial. Elles ne sont alors en quelque sorte que le premier stade souvent non dépassé d'ailleurs des abcès auxquels nous avons fait allusion plus haut ; Janet, qui a noté la fréquence de cette localisation particulière, l'attribue aux expressions multipliées par les malades pour vérifier l'existence de l'écoulement ; et nous le croyons comme lui.

Un renseignement complémentaire intéressant pourra être tiré d'une urétroscopie avec un tube à vision directe, tel que celui de Luys ou de Nora ; dans les cas très favorables, il est possible d'apercevoir l'orifice de communication entre l'urètre et la glande, repéré par une gouttelette de pus qui sourd à la pression ; nous l'avons même vu plusieurs fois se présenter sous l'aspect d'un minuscule mamelon, ou bien l'on ne découvrira, en regard de l'endroit où l'on a perçu la glande qu'une portion de muqueuse plus congestionnée, parfois centrée par un petit point plus rouge encore.

Le diagnostic de la littrite est fait ; quel moyen thérapeutique pouvons-nous lui opposer ?

Le premier, classiquement proposé, est le massage sur béniqué. Dans de tels cas, nous n'avons jamais vu de résultats définitifs obtenus par cette méthode, longue et assez douloureuse par surcroît ; on comprend d'ailleurs qu'il en soit ainsi, car c'est à peine si l'on exprime ces littrites et, arriverait-on même à les bien vider, elles demeurent cependant, et la source de l'infection ne se trouve nullement tarie.

La dilatation, soit au béniqué, soit au Kollmann, pourrait parfois donner un résultat ; et nous nous souvenons que, dans un cas au moins, nous avons vu guérir une blennorrhagie prolongée chez un porteur de littrite à la suite d'une séance de dilatation assez énergique qui était pratiquée en vue d'une urétroscopie. Mais, là encore, pour avoir une chance en somme exceptionnelle d'efficacité, cette dilatation devrait être très forte, donc très douloureuse et par conséquent d'un intérêt pratique des plus restreints.

Le véritable traitement radical reste la destruction élective de la littrite et il n'y a pour ce faire que deux procédés satisfaisants : l'ignipuncture au galvano-cautère ou, mieux, l'électro-coagulation de Haute-Fréquence.

Le galvano-cautère présente, en effet, quelques inconvénients : incommodité de manier de façon précise et à distance, en raison de la longue pointe nécessaire pour traverser le tube, un cautère sur le manche duquel pèsent encore les cordons électriques ; désagrément marqué pour le malade, car, ou bien l'on introduit le fil de platine porté au rouge et alors la chaleur irradiée est très pénible, avec en outre le risque de brûler les points voisins de celui que l'on veut atteindre ; ou bien l'on place la pointe d'abord avant de fermer le circuit ; mais alors la tem-

pérature devient intolérable pour le patient avant d'être efficace. Enfin, on n'apprécie toujours qu'imparfaitement par ce procédé l'importance de la destruction effectuée. Tous ces inconvénients disparaissent avec la Haute-Fréquence : l'électrode employée est aussi fine et légère qu'on le veut ; on la place exactement au point voulu ; on dose à volonté l'intensité d'action pour détruire complètement la glande, et d'une façon quasi instantanée.

Mais il reste, à la vérité, d'assez grosses difficultés pratiques à surmonter. Il est extrêmement malaisé de maintenir en regard du bout d'un tube urétroscopique un orifice de glande situé, lui, sur une paroi latérale ; le tube, en porte-à-faux, tend à être rejeté par l'urètre et glisse sans cesse en avant ; celui-ci étant cependant maintenu à grand peine, il faut encore introduire le conducteur électrique tout au long de ce tube à parois métalliques et le diriger pour qu'il n'entre en contact qu'avec un point précis de la muqueuse ; enfin, on est quelquefois gêné par les sécrétions de l'urètre qui viennent recouvrir la région intéressante de la muqueuse et, si l'on cherche à les assécher, le tampon monté essuie souvent en même temps la gouttelette indicatrice du siège de la glande.

Or, cette complication nous a paru d'une fréquence suffisante pour justifier la réalisation d'un appareillage qui permette d'effectuer avec facilité cette petite intervention ; nous allons le décrire ici.

Le Tube. — Le Tube, ayant les dimensions habituelles des tubes à vision directe de Luys ou de Nora, présente les particularités suivantes :

1° Son extrémité urétrale, conique, pour en permettre l'introduction aisée, est fermée. Ainsi, les sécrétions de l'urètre ne peuvent remonter dans le tube.

2° On opère à travers une fenêtre *latérale*. Celle-ci

peut être percée en un point quelconque du tube ; pratiquement, les distances de 30 à 60 millimètres à partir de l'orifice externe du tube conviennent à presque tous les cas. Cette fenêtre, ovale, est d'un diamètre moyen de 5 millimètres.

3° Une cloison horizontale, clive, à l'union de son quart supérieur et de ses trois-quarts inférieurs, la lumière du tube en deux parties : une inférieure, la plus vaste, qui est la partie utile du tube à travers laquelle on opère ; une supérieure, destinée au passage de la lampe. Cette lampe est du modèle courant employé dans les tubes à vision directe. En regard de la fenêtre du tube, cette cloison est percée d'un orifice auquel l'ampoule vient répondre exactement. Ainsi, la portion de muqueuse sur laquelle on intervient est parfaitement éclairée, sans éblouissement, et la protection de la lampe est assuré de bout en bout par cette cloison, ce qui permet éventuellement de nettoyer avec des tampons montés sans risquer de la briser, comme il arrive lorsqu'elle est libre à l'intérieur du tube.

Un dispositif visant à des buts similaires existe d'ailleurs sur certains tubes, celui de Nora en particulier ; mais il est réalisé en introduisant la lampe dans une canelure fermée adjacente au tube ; sans doute a-t-on ainsi l'avantage de ne pas réduire le diamètre intérieur utile du tube ; mais cette canelure a l'inconvénient de faire une saillie marquée, ce qui équivaut à augmenter le diamètre extérieur ; on est alors obligé de n'introduire qu'un tube de calibre plus petit et l'on perd ainsi tout l'avantage d'avoir la lumière du tube libre, puisqu'elle est diminuée dans son ensemble. En outre, l'introduction d'un tube de circonférence régulière est sans conteste plus aisée que celle d'un tube avec saillie extérieure, surtout

chez les malades dont le méat est relativement étroit et peu extensible, cas que nous avons assez fréquemment rencontré — simple coïncidence peut-être — chez ces malades porteurs de littrite.

4° Ce tube présente à son extrémité une collerette large, à la partie supérieure de laquelle se trouve une pièce en forme de crochet où le doigt vient prendre appui pour fixer le tube et l'empêcher de glisser hors de l'urètre.

5° Enfin, nous en aurons terminé avec le tube proprement dit en indiquant qu'un vernis isolant intérieur le protège.

Partie électrique. — Sur la collerette de ce tube vient s'adapter une pièce en matière isolante, dont la forme est celle d'une rondelle épaisse, et présente à sa partie supérieure : du côté du tube, la douille porte-lampe ; du côté de l'opérateur, la douille porte-électrode de Haute-Fréquence.

Les conducteurs électriques sont noyés à l'intérieur de cette pièce : à gauche, ceux qui alimentent la lampe ; à droite, celui qui amène le courant de Haute-Fréquence. Ils se rendent à la partie inférieure de la pièce isolante où se font de part et d'autre de la ligne médiane les connexions avec les fils extérieurs venant les uns du transformateur lumière, l'autre de l'appareil de H.F. Ainsi, le poids de ces fils agissant au point le plus déclive de la collerette, ne tend à faire tourner le tube sur son axe, ni dans un sens, ni dans l'autre.

Electrode. — La description de l'électrode H.F. employée ne nous retiendra pas longtemps : c'est un simple fil rigide, fin, légèrement recourbé à son extrémité et isolé par une tresse gommée, isolement suffisant pour les tensions utilisées en électro-coagulation. Le mode de fixation de cette électrode sur le tube est constitué par une broche

semblable, à ses dimensions près, à celles des fiches couramment utilisées pour l'éclairage domestique ; cette broche venant se loger dans la douille plus haut décrite ; une articulation à rotule relie enfin cette broche à l'électrode elle-même, ce qui permet de faire effectuer à celle-ci tous les mouvements souhaités dans les trois directions de l'espace.

Nous dirons un mot encore du mandrin employé avec ce tube ; il n'a de particulier, outre sa forme, adaptée bien entendu à celle du dit tube, que le fait qu'il peut être mis en place et retiré alors même que la partie électrique est fixée sur le tube. On réduit ainsi au minimum les risques de déplacer l'appareil une fois qu'a été repérée la littrite à étinceler.

A côté de cet appareillage qui répond à tous les cas, la Maison Guérin a construit, en utilisant quelques-unes des données précédentes, un méatoscope qui sera suffisant pour détruire les littrites situées au voisinage immédiat du méat.

Technique opératoire. — Abordons maintenant la technique de destruction. Ses différents temps en sont théoriquement simples :

1° On introduit le tube tout équipé dans l'urètre et l'on amène le petit grain de plomb qui roule sous le doigt en regard de la fenêtre du tube.

2° Pendant qu'on l'y maintient fermement, on retire le mandrin : dès que celui-ci est retiré, la muqueuse vient faire hernie dans la fenêtre et se présente sous l'un des aspects plus haut envisagés.

3° On place la pointe de l'électrode sur le point à étinceler, non absolument au contact, car il est préfé-

rable de laisser jaillir l'étincelle, et l'on ferme le circuit, d'un bref coup de pédale, le temps du passage du courant étant de l'ordre de la demi-seconde.

Si la position de l'électrode était bonne et le réglage correct, cela suffit ; ce réglage varie évidemment avec l'appareil employé ; dans le cas de l'appareil d'Heitz-Boyer, avec éclateur horizontal, qui est celui que nous utilisons habituellement, nous travaillons en nous servant de la sortie « électro-coagulation » (de façon à avoir une étincelle courte, mais très chaude), avec le courant primaire dit « normal », le balai de la manette de réglage sur le plot 3, la distance d'éclatement à l'éclateur étant approximativement de 1^{m}_{m} . Dans ces conditions, on obtient à l'essai sur la plaque une étincelle de $1^{\text{m}}_{\text{m}}5$ environ.

Tels sont les points principaux de l'intervention ; sa vraie difficulté est de centrer la littrite dans la fenêtre et de l'y maintenir ; sans doute y parvient-on beaucoup plus aisément qu'avec un appareil ordinaire en raison de la grande portée du tube en arrière de la fenêtre, ce qui a pour effet de rendre rigide une longue portion de l'urètre, en arrière comme en avant du point où l'on veut agir ; cependant, il faut, dans la règle, s'y prendre à plusieurs reprises et il sera souvent utile de faire le repérage de la littrite, le mandrin étant enlevé, pour mieux sentir la glande glisser dans la fenêtre.

A la suite de ces tentatives réitérées, il peut arriver que la glande, sans doute partiellement évacuée par ces pressions successives, devienne difficilement perceptible ; il suffit alors d'attendre 24 ou 48 heures, le malade cessant au besoin les lavages, pour voir la glande redevenir aussi nettement palpable qu'auparavant.

Quelle est maintenant la conduite à tenir lorsque, ayant sûrement amené la glande dans le cadre de la fenê-

tre, on ne voit cependant, comme nous en avons envisagé l'éventualité plus haut, aucun orifice, aucun point de la muqueuse franchement suspect ? Dans ces cas, nous n'avons pas hésité à faire malgré tout, nous étant assuré que la littrite était bien en bonne place, un ou même pour plus de sûreté, deux ou trois points d'étincelage. Et le résultat a été excellent.

Voici, à titre d'exemple, trois observations typiques de blennorragies prolongées dues à des littrites et guéries par ce procédé.

La première d'entre elles est en même temps le premier cas que nous avons traité ainsi.

Observation I. — A... (9740) consulte le 8 mai 1927 pour sa première blennorragie. Il est mis au traitement habituel par les lavages au permanganate, qu'il poursuit avec régularité jusqu'au 21 août, soit pendant 3 mois et demi.

A ce moment, il conserve le premier verre louche et un examen bactériologique montre la persistance de gonocoques.

La prostate paraissant un peu augmentée de volume et sensible, tout en continuant les lavages, et en y associant 20 cmc. de gonacrine injectée par 5 cmc. tous les deux jours, on lui masse la prostate ; on n'obtient qu'un éclaircissement passager des urines et, malgré ces soins réguliers, il conserve, le 18 octobre, un écoulement chargé de gonocoques avec urines louches.

Nous l'examinons alors, et un examen complet nous montre, en effet, l'existence d'un lobe prostatique droit augmenté de volume et irrégulier, mais surtout d'une littrite du volume d'un grain de plomb n° 6 situé à 3 cm. environ du méat, un peu à droite de la ligne médiane.

On institue un traitement énergique à la gonacrine : 40 cmc. sont injectés en 7 piqûres, ce qui permet d'avoir un éclaircissement presque parfait et durable des urines. Le malade peut même rester 1, puis 2 jours sans lavages, mais au troisième jour, cependant, l'écoulement reparait. La reprise des lavages ramène le statu quo et, le 11 décembre, soit au 8^e mois de la maladie, l'état est toujours : gouttelettes purulentes matinales, premier verre légèrement louche. Ce même jour, la litrite est étincelée ; on lui fait poursuivre ses lavages pendant quatre jours après et, le 20 décembre, les urines sont restées claires, l'examen bactériologique est négatif ; le 23 décembre, et le 30, nouveaux examens négatifs, les deux verres restent limpides. Les gonocoques ne reparaissent pas après l'épreuve de bière faite le 2 janvier. Nous avons eu occasion, à deux ou trois reprises, de voir ultérieurement ce malade, dont la guérison s'est maintenue, démontrant que la litrite était bien seule responsable de la prolongation de cette blennorragie.

La seconde observation est l'auto-observation d'un de nos collègues et présente, de ce fait, une valeur particulière.

Observation II. — G... est atteint fin novembre 1929 d'une blennorragie virulente (incubation 30 heures) et est soigné par les grands lavages au permanganate.

Les gonocoques disparaissent pour la première fois sur lame après deux mois de traitement, mais ils reparaissent au bout de trois jours dès que les lavages sont cessés. Un examen pratiqué fin février fait découvrir la litrite située sur le plancher à gauche du frein, à 1 cm. environ du méat qui est large (54). Cette litrite est de petit volume,

grain de plomb n° 9 environ. Pour s'assurer que cette littrite est bien en cause, les lavages sont repris : on ne trouve plus de gonocoques dans la goutte matinale ; mais les lavages étant cessés, ils reparaissent aussitôt et la glande augmente nettement de volume. On reprend alors des lavages légers et limités à l'urètre antérieur pour empêcher l'infection de trop s'étendre en attendant que soit prêt un nouveau tube alors en cours de construction et, au début d'avril, guérison définitive en une seule séance d'étincelage.

Nous avons eu l'occasion de revoir plusieurs fois notre collègue et récemment encore ; aucune séquelle ; on peut apercevoir sur le plancher de l'urètre, au lieu et place de la littrite, une petite « tranchée », dont les tissus normaux et souples ont l'aspect habituel des cicatrices obtenues par la H.F.

Cette observation nous paraît fort intéressante, d'une part, à cause de sa netteté ; d'autre part, du fait de la position de la littrite auprès du méat qui aurait rendu très difficile l'intervention, si l'on avait opéré en bout de tube comme on doit le faire avec les tubes ordinaires, car, avec un porte-à-faux aussi considérable, l'appareil aurait été quasi impossible à maintenir en place et eut échappé continuellement ; enfin, parce que cette proximité de la lésion permet de vérifier facilement l'état anatomique ultérieur d'une zone urétrale traitée par la H.F.

Nous n'avions pas à l'époque le méatoscope auquel nous avons fait allusion plus haut ; c'est dans de semblables cas qu'il pourrait sans doute permettre d'effectuer plus simplement cet étincelage. Notons encore que ce cas, très typique quant à sa symptomatologie de blennorragie prolongée, l'était aussi à l'examen urétroscopique : on distinguait fort bien l'orifice de la glande débouchant au som-

met d'un petit mamelon et la pression en pouvait faire sourdre une très fine gouttelette de pus.

Observation III. — D... (13.440), qui avait déjà été traité deux ans auparavant pour une première atteinte, revient dans le service le 27 décembre 1930 avec une blennorrhagie qu'il soigne régulièrement pendant trois mois sans résultat : présence permanente de gonocoques à l'examen, deuxième verre clair, mais premier toujours plus ou moins louche.

On trouve alors une littrite facilement perceptible (grain de plomb n° 4), située à quelque 4 cm. du méat. Etincelage le 27 avril 1931 ; depuis, tous les examens bactériologiques restent négatifs, les urines limpides ; le malade a été revu à plusieurs reprises, la dernière fois au début de juin 1931.

Le cas de notre collègue plus haut cité, nous a permis de nous rendre compte de visu, après l'intervention, de l'état anatomique de l'urètre au point coagulé ; il est beaucoup plus malaisé de faire de semblables observations à l'aide de l'urétroscope lorsque la littrite est plus profondément située : en effet, la zone d'action de l'électrode est assez minime et surtout rien ne permet plus de se guider pour la retrouver, car, en règle très générale, nous avons toujours noté la disparition du « grain de plomb » après la coagulation : la glande devient impossible à percevoir.

Littrites multiples. — Il nous reste maintenant à envisager les littrites multiples disséminées sur toute la longueur de l'urètre ; heureusement bien plus rares, ces cas sont de ceux qui sont les plus décevants à traiter ; car, si l'on peut évidemment détruire encore comme précé-

demment, celles de ces littrites qui sont les plus manifestes, on n'a guère, pour venir à bout des autres, que les dilatations énergiques et longtemps prolongées : de toute façon, un traitement très long et pénible, tant pour le malade que pour le médecin.

Il faudrait, pour en finir complètement avec les glandes de l'urètre antérieur, dire un mot encore de la pathologie des glandes de Mery-Cowper, qui sont situées aux confins de l'urètre antérieur et de l'urètre postérieur.

Malheureusement, cette pathologie est encore des plus mal connues. En dehors de l'abcès aigu à évolution externe, dont les signes et le traitement sont les mêmes que ceux de l'abcès de la glande de Littre, il est pourtant assez probable que ces glandes de Cowper doivent être parfois responsables de cas de blennorragie prolongée ; mais leur exploration, tant par la palpation que par l'urétroscopie, est des plus difficiles.

* * *

Nous voudrions, maintenant que nous en avons terminé avec les lésions locales, anatomiquement constatables, de l'urètre antérieur, envisager quelques autres faits de blennorragies prolongées dont l'origine exacte reste bien souvent imprécise, qui relèvent d'une thérapeutique non plus locale, mais générale et que nous rattachons à cette étude d'abord parce qu'elles se présentent le plus souvent avec une symptomatologie « clinique » de blennorragie de l'urètre antérieur, et aussi parce qu'en raison même de leur imprécision étiologique, on ne saurait affirmer qu'il vaille mieux les ranger dans tel groupe plutôt que dans tel autre.

Nous voulons parler de ces malades qui présentent en tous points le syndrome de la blennorragie prolongée et

chez qui un examen complet du canal urétral et de ses annexes ne révèle apparemment rien d'anormal. Aucune glande infectée ; prostate et vésicule sont de volume, de consistance et de sensibilité habituels.

Chez de tels sujets, alors que tous les moyens ordinaires : dilatations, instillations, vaccins ont échoué, l'injection intra-veineuse de chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine fait le plus souvent merveille.

Notre méthode de traitement, dans ces cas, diffère un peu de la méthode classique en ce sens, qu'au lieu d'injecter 5 cmc. du produit tous les 2 jours, nous n'hésitons pas à attaquer avec intensité au début, pour nous contenter de maintenir ensuite dans les humeurs du malade un taux assez élevé d'acridine.

Nous injectons d'abord 5 cmc., poussés lentement pour vérifier la susceptibilité du sujet ; puis, le lendemain, 10 cmc., et les jours suivants, 5 ou 10 cmc. aussi souvent qu'il est nécessaire, pour atteindre vite la concentration suffisante de la drogue dans les tissus ; d'une façon empirique, nous considérons qu'il en est ainsi lorsque les urines présentent en permanence, sur une hauteur de 1 cm. environ au-dessous de leur surface libre, une bande fluorescente de tonalité notablement plus intense que celle du reste du liquide.

Les lavages sont continués au début, puis cessés, cependant que l'on achève le traitement acridinique.

De la façon la plus habituelle, ces injections sont poursuivies ainsi pendant une quinzaine de jours ; la dose totale injectée ne dépassera pas 50 cmc. ; si, à ce moment, le résultat n'est pas atteint, il y a peu de chance pour qu'on l'obtienne en continuant la même thérapeutique et il faudrait alors se méfier des accidents d'accumulation dans l'organisme.

D'ailleurs, la tolérance des individus est des plus variables, et, surtout lorsqu'on adopte la technique que nous venons de décrire, il est bon de connaître les petits signes du début de l'accumulation ; les plus importants et les plus fréquemment notés sont : inappétence et sensation de lassitude généralisée ; à un degré de plus, état nauséux qui tend à devenir permanent. Parfois, le tout s'accompagne de céphalalgie sourde et d'ailleurs modérée. Tous signes qui évoquent immédiatement ceux de l'azotémie commençante ; l'intérêt qu'il y aurait à vérifier dans ces cas le taux de l'urée sanguine ne nous échappe pas, et nous regrettons que des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous aient pas permis de le faire.

En dehors de ces incidents, nous ne pouvons que confirmer ce qu'ont écrit les différents auteurs de l'acridine : on n'observe jamais avec elle d'accidents graves ; les réactions qu'elle provoque, dès le début, chez certains sujets, n'ont jamais de conséquence fâcheuse ; il suffit de ne pas insister.

L'étude d'ensemble de la thérapeutique acridinique a été faite dans diverses publications et, en particulier, Lemoine, dans sa thèse, a fait une excellente mise au point de la question. Il y a publié déjà trois de nos observations personnelles, nous y ajouterons celles qui suivent, également choisies parmi les plus intéressantes.

Observation I. — A... (5840) vient se faire soigner dans le service le 11 septembre 1926 pour une blennorragie qui dure depuis déjà 3 mois. A deux reprises, croyant la guérison obtenue, on cesse le traitement, et deux fois les gonocoques réapparaissent.

Le 6 décembre, soit après 6 mois de maladie, nous l'examinons et ne trouvons aucune lésion locale. Nous fai-

sons chez lui un essai d'acridinisation massive et très rapide :

6 décembre : 5 cmc.

7 décembre : 10 cmc.

9, 10 et 11 décembre : 10 cmc.

Soit 45 cmc. en 6 jours, qu'il supporte très bien, et il semble d'abord qu'on ait réussi.

Mais, un mois plus tard, il vient se plaindre de la réapparition d'un léger écoulement dans lequel on trouve des microbes qui paraissent être des gonocoques. Plusieurs examens sont répétés avec des résultats contradictoires ; l'épreuve de bière même ne permet pas de conclure lorsqu'enfin, le 12 février, une nouvelle lame montre cette fois l'existence indiscutable de gonocoques.

La gonacrine est reprise : 6 injections de 5 cmc. font disparaître les gonocoques ; on consolide par 3 injections de chacune 5 cmc. également. Cette fois, le résultat est acquis et stable, puisque ce malade revient périodiquement nous voir depuis quatre ans et que la guérison se maintient.

C'est à la suite de cette observation que nous nous sommes arrêtés pour traiter ces formes à notre technique actuelle : il est, en effet, utile d'attaquer fortement, par des doses rapidement croissantes et rapprochées, mais il convient évidemment aussi de faire durer plus longtemps que nous ne l'avions fait dans ce cas l'action de l'acridine dans l'organisme. Ceci se trouve réalisé dans l'observation suivante, mais avec une dose totale de gonacrine inutilement élevée, que nous avons été amenés à diminuer par la suite.

Observation II. — E... (7151). Syndrome classique de blennorragie prolongée, qui dure du 7 décembre 1926 au

21 mars 1927. Ce même jour, le malade reçoit 5 cmc. de gonacrine ; puis, de deux en deux jours, 10 cmc., 5 fois de suite ; enfin, 5 jours après les derniers 10 cmc., 5 cmc. de consolidation. La fin de ce traitement est du 6 avril 1927.

Le malade est revenu pour la dernière fois le 1^{er} novembre de la même année et confirme sa guérison.

Observation III. — L., (12.362). Est traité à la gonacrine à la 11^e semaine d'une blennorragie prolongée, après qu'on a vérifié la persistance de gonocoques.

Il reçoit 5, 10, 10, 5 cmc. Le premier verre, qui était resté louche, s'éclaircit ; le méat est complètement sec. On cesse les lavages.

Après 5, 10 cmc. de plus : l'examen bactériologique est négatif, malgré l'arrêt des lavages.

On consolide par 2 fois 5 cmc. encore. La guérison est confirmée.

Sauf une dose totale encore un peu élevée, ici la technique est celle-là même que nous avons adoptée. On remarquera aussi que l'ancienneté de cette blennorragie prolongée est beaucoup moindre que dans les cas précédents. Il est évident qu'on doit tout faire pour raccourcir la durée de l'affection, et mettre en œuvre le traitement dès qu'on soupçonne que le gonocoque tend à s'accrocher.

Nous noterons encore que nous avons plusieurs observations de blennorragies prolongées dues à des littrites, et dans ces cas la gonacrine s'est toujours montrée impuissante ; on n'en saurait être surpris d'ailleurs. L'observation I de littrite est très démonstrative à cet égard.

Comment agit, dans ces cas, l'acridine ? On en est réduit aux hypothèses. Il en est une qui expliquerait assez

bien les faits et qui serait la suivante : chez ces malades, depuis longtemps porteurs de gonocoques et soignés par des lavages, les microbes ont pu s'implanter dans la partie profonde de la muqueuse et y demeurent à l'abri de l'antiseptique introduit par voie urétrale, — tout juste suffisant pour empêcher la prolifération des germes à la surface de cette muqueuse, et faire croire ainsi à la guérison. Vient-on à cesser, les microbes en se multipliant regagnent rapidement les régions supérieures de la muqueuse et reensemencent le canal urétral.

Au contraire, l'acridine, injectée par voie intra-veineuse à dose convenable et pendant un temps suffisant, va imprégner les tissus où se trouvent les gonocoques et les y détruit.

Est-ce par un mécanisme analogue ou par l'exaltation des moyens naturels de défense de l'organisme ou par une association des deux facteurs, qu'on pourrait expliquer l'action des arsenicaux et, en particulier, du sulfarsenobenzol dans certains cas de blennorrhagie prolongée dont nous voudrions encore dire un mot ? Nous ne savons. Mais nous avons, dans quelques-uns de ces cas cliniquement semblables aux précédents et rebelles à toute thérapeutique, obtenu d'heureux succès par la médication sulfarsenobenzolée. Cette médication contre la gonococcie n'est pas nouvelle ; on l'avait prônée dans le cas d'épididymite ; nous avons pu nous-mêmes constater plusieurs fois chez les syphilitiques atteints de blennorrhagie l'effet curatif d'une série de novarsenobenzol sur les deux affections.

On pouvait donc se demander si ces blennorrhagies résistantes au traitement habituel et guérissant par l'arsenic n'étaient pas des blennorrhagies évoluant sur un terrain

syphilitique ignoré ; il y aurait eu là une analogie avec ces faits, sur lesquels insiste en particulier M. Milian, de chancre mou ne guérissant chez un syphilitique, que lorsque le traitement spécifique a été institué. Mais dans le nombre, heureusement petit, des cas de cette nature que nous avons pu suivre, deux fois au moins l'enquête dans ce sens a été complètement négative, les signes cliniques et sérologiques également.

Voici d'ailleurs celle de ces deux observations qui est la plus démonstrative à ces divers points de vue :

G... (20.251), atteint de sa première blennorragie le 10 novembre 1928, est mis au traitement par les grands lavages à cette date. A plusieurs reprises, on croit la guérison obtenue, mais tantôt dès la cessation des lavages, tantôt seulement après l'épreuve de bière, l'écoulement reparait chaque fois qu'on veut interrompre le traitement. De nombreuses vérifications microscopiques se montrent toutes positives.

Le 23 mars 1929, il reçoit une première série courte de gonacrine qui l'améliore ; puis, on lui fait des instillations de nitrate d'argent (?) suivies de dilatations aux béniqués jusqu'au 60. L'amélioration n'était cependant qu'apparente et, le 8 mai, un nouvel examen bactériologique montre la présence de gonocoques intra et extracellulaires nombreux. Le traitement aux lavages est repris, on y ajoute le 18 mai une série de vaccins : gonagone d'abord, puis vaccin Clin. Tout ceci reste inutile et, le 9 juillet, l'état est le même ; malgré la présence de gonocoques, on décide de faire une vérification prudente, à l'aide de l'urétrocystoscope. Cet examen ne fournit aucun renseignement intéressant.

Lorsque nous l'examinons, au début d'août 1929, nous

ne trouvons aucune lésion locale, et en particulier pas de littrite. Son état clinique est le suivant : légère goutte d'aspect muqueux dans laquelle on ne trouve qu'une flore microbienne banale. Désireux de constater par nous-mêmes l'existence de gonocoques, nous faisons cesser les lavages une fois encore et le résultat ne se fait pas attendre : ils reparaissent aussitôt en abondance.

L'acridine, employée chez ce sujet suivant le mode dont nous avons parlé, l'améliore, mais n'amène pas de décision. C'est alors que six injections intra-musculaires seulement de sulfarsenol (12, 18, 24, puis 3 fois 36 centigrammes) amènent la guérison. L'épreuve de bière est faite sans inconvénient. Le malade a été revu à plusieurs reprises, menant une vie en tous points normale ; la dernière fois, 18 mois après la fin du traitement, la guérison se maintenait parfaite.

CONCLUSIONS

1° Il existe un syndrome de blennorragie prolongée qui mérite d'être isolé du groupe plus vaste de la blennorragie chronique par son allure clinique bien particulière et par la constance d'un élément bactériologique capital : la présence du gonocoque dans la sécrétion.

2° Parmi les causes possibles de la blennorragie prolongée, la fréquence de celles qui tiennent à une lésion de l'urètre antérieur justifie une étude séparée de celles-ci.

3° De toutes les causes d'origine urétrale antérieure, la littrite est une des plus intéressantes par son importance et les résultats thérapeutiques définitifs et immédiats qu'on obtient par sa destruction en Haute-Fréquence nous ont incité à faire réaliser un appareillage spécial pour effectuer cette intervention.

4° Il est des cas de blennorragie prolongée de cause mal définie, qui se présentent cliniquement comme des blennorragies antérieures ; nous y avons rattaché leur étude thérapeutique et étudié ces cas particuliers où seules les médications acridinique ou arsenobenzolique décidaient de la guérison, là où tous les autres moyens mis en œuvre avaient échoué.

Vu : *Le Président*,
PROFESSEUR GOUGEROT.

Vu : *Le Doyen*,
PROFESSEUR BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLETY.

Les Imprimeries Générales
9, Rue Thénard, 9
:: :: Paris (V^e) :: ::
(Paris - Vendôme)
